Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Breslau.
(Direktor: Prof. Dr. Küstner.)

„Die mediane Episiotomie nach Küstner."

Inaugural-Dissertation

der

Hohen Medizinischen Fakultät der Königl. Universität zu Breslau

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin und Chirurgie

vorgelegt von

Friedrich Anders.

ACAD. LIBRARY BIBL

Breslau 1911.
Druck von P. Cohn, Königsplatz No. 3a.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Breslau.
Referent: Prof. Dr. Küstner.

Meinen Eltern!

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543115_0046

Wiederholt wies Küstner darauf hin, weshalb er es im Gegensatz zu den meisten andern Geburtshelfern für richtiger halte, bei den in Betracht kommenden Geburten die Episiotomie in der Raphe und nicht seitlich zu machen.

Befasst man sich durch diese Arbeiten angeregt eingehender mit dem Studium der Episiotomie, so lernt man folgendes kennen.

Die Episiotomie kommt nur bei einem Teil aller Geburten in Frage. Man muß erst die Überzeugung gewonnen haben, daß auch ein sachgemässer Dammschutz nicht in allen Fällen zum Ziel führt, daß Dammrisse unvermeidbar sind. Wieviel Prozent aller Geburten von Dammrissen begleitet sind, darüber erfahren wir durch Statistiken folgendes:

v. Olshausen hält 2% Dammrisse bei Mehrgebärenden für zu wenig angegeben, für Erstgebärende dagegen betrage der Prozentsatz wenigstens 15%.

Schröder zählt 34,5% Risse bei Erstgebärenden, 9% bei Mehrgebärenden.

Hildebrandt 19,5% resp. 1%.

Nach neueren Statistiken gibt Ahlfeld 25% Risse bei Erstgebärenden an.

Wir sehen also, daß noch immer der Damm bei der Geburt oft verletzt wird.

Forscht man nach den Ursachen des Einreissens, so findet man als unvermeidbare angegeben: absolute Enge der weichen Teile, so daß selbst die aufs äusserste gedehnten Weichteile des Beckenbodens noch zu eng für den Durchtritt des Kindes, besonders des Kopfes sind, ferner Weichteile, die zu straff sind, um genügend gedehnt werden zu können, oder Geburten, bei denen z. B. wegen Asphyxie eine an sich noch mögliche Dehnung nicht abgewartet werden kann.

Schultze sagt zusammenfassend: Grosses Kind, ungewöhnlich enge Schamspalte, geringe Dehnbarkeit der Teile bei älteren über 30 Jahre alten Gebärenden, Geschwüre, Narben, Ödeme der in Betracht kommenden Gegend, Gesichtslage, Vorderhauptslage, hoher Damm, enger Schambogen, Sturzgeburten: dies alles sind Momente, die zum Riß führen.

Es liegt nun bei der Häufigkeit der Risse der Gedanke nahe, durch eine Incision dem drohenden Riß vorzubeugen, um dadurch wenn möglich bessere Heilungsresultate zu erzielen.

Die meisten Autoren warnen jedoch davor, die Episiotomie häufiger anzulegen. Nach ihrer Ansicht gibt die Indikation zum Eingriff nur die Gewißheit, daß die Geburt ohne Verletzung des Dammes nicht abläuft.

Gegen die zu häufige Ausführung der Incision wendet sich z. B. v. Olshausen mit den Worten: „daß es nämlich ein zweifelhaftes Verdienst sei, wenn man einer Gebärenden eine Dammwunde beibringt, wo eine solche nicht auch sicher spontan entstanden wäre."

Andrerseits weist gegenüber einem zu seltenen Eingreifen Credé darauf hin, daß es, ist erst eine Ruptur entstanden, sicher Fälle gibt, in denen selbst der ge-

schickteste Operateur eine primäre Vereinigung nicht herstellen kann.

Auch kann man sich angesichts der gar nicht so seltenen Fälle, bei denen trotz des Dammschutzes die Beckenbodenmuskulatur zerrissen ist, mit v. Ott fragen, ob nicht ein Teil dieser Fälle durch rechtzeitige Episiotomie vermieden werden könnte.

Man sieht also, daß die Entscheidung, ob der Eingriff nötig ist, der Arzt nur von Fall zu Fall treffen kann.

Den Eingriff selbst charakterisiert Küstner folgendermassen: „Die Episiotomie hat das Ziel, dem Kopf die Möglichkeit nach vorn aus der Vulva heraus auszuweichen zu geben".

Da die Indikation zu diesem Eingriff auch schon in früheren Zeiten gegeben war, ist es interessant über den Ursprung der Episiotomie Näheres zu erfahren.

Die Episiotomie ist nach Mekertschiantz alt: Zuerst ritzten Hebammen mit ihren Fingernägeln die zu enge Schamspalte, dann machte man kleine Einschnitte mit schneidenden Instrumenten. Dies ist in der Champagne in einzelnen Gegenden ganz gebräuchlich gewesen.

In neuerer Zeit wandte man sich von diesen Scarificationen ab, und der Erste, der einen regelrechten Schnitt machte, war Michaelis 1799.

Er machte mit dem Pott'schen Bistouri in der Raphe von vorn einen Schnitt in der Länge von etwa einem Zoll. Nach zehn Jahren hatte er die Gelegenheit, denselben Damm bei einer zweiten Entbindung zu beobachten, und es stellte sich dabei heraus, daß der Damm „durchaus nicht schwielig, sondern dünn und nachgiebig, mit einer feinen Narbe unter durchaus widrigen Umständen so vortrefflich geheilt" war.

Doch Michaelis fand trotz dieses günstigen Erfolges wenig Anklang, ja sogar viel Mißbilligung.

Eine Zeitlang wurde infolgedessen die Episiotomie überhaupt nicht ausgeführt.

Erst nach der Einführung der Anti- und Asepsis nahmen Credé und Colpe die Episiotomie wieder auf, aber nicht mehr in der Medianlinie, sondern seitlich. Nach ihnen schafft die Inzision in der Raphe zwar eine glatte und begrenzte Wunde, kürzt auch eventuell die Geburt ab, liegt aber nicht an einem günstigen Ort.

Dem Vorschlag dieser Autoren folgten fast alle Geburtshelfer, und diese Anlegungsart der Damminzision ist die verbreitetste.

Ja Balandin ging, um nur ja nicht bei dem Schnitt die Mittellinie zu treffen so weit, daß er die Raphe mit Farbe kenntlich machte, bevor noch der Damm sich aufs äusserste spannte und die Mittellinie dadurch undeutlich wurde.

Andere Abweichungen von dem typischen Credéschen Schnitt sind seitliche subkutane und submuköse Inzisionen, wie sie in der Folgezeit sich aus der Credéschen seitlichen Episiotomie entwickelten.

Fast nur Küstner macht die mediane Inzision. Seit 1890 läßt er sie ausführen und erhob so die zuerst einmal von Michaelis ausgeführte Episiotomie in der Raphe zur Operationsmethode.

Küstner greift folgendermassen ein: „Schneidet der Kopf ein, hat er die Vulva bereits so gedehnt, daß ein beträchtliches Segment von ihm auch in der Wehenpause sichtbar bleibt, dann ist der Damm von seiner ursprünglichen Länge vom Anus bis zum Frenulum gemessen von ca. 4 cm auf das Doppelte und mehr verlängert.

Ist jetzt die Spannung so bedeutend, daß ein Riß droht, dann schneidet man mit einer Richterschen Scheere zunächst etwa 2 cm tief ein. Damit trifft man noch nicht die faszialen Gebilde und auch noch nicht die vorderen Fasern des Transversus perinei profundus und superficialis. Sollte noch 1 cm zugegeben werden müssen, so braucht das auch noch nicht der Fall zu sein. Das gibt einen beträchtlichen Erweiterungszuwachs — in der Zirkumferenz also von za. 6 cm."

Auf diese Art werden auch in der Breslauer Klinik [Geheimrat Prof. Dr. Küstner] die Episiotomieen ausgeführt.

An der Hand von hundert aufeinander folgenden Fällen medianer Episiotomie wollen wir im Folgenden sehen, welche Vorteile diese besonders gegenüber dem seitlichen Einschnitt bietet.

Erklärungen
zu dem Verzeichnis der Fälle.

T. p. p. = Tage post partum
af. = afebril
H. p. p. = Heilung per primam
H. p. s. = Heilung per secundam
kdl. = kindliche
z. T. = zum Teil
† = exitus.

Die unter der Rubrik „Kind" angegebenen Zahlen bedeuten: 1. Körpergewicht, 2. Kopfumfang und zwar in dieser Reihenfolge.

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
1	$\frac{94}{95}$ 272	26 J.	I para	II Schädellage	Starke Spannung des Dammes	—
2	$\frac{96}{97}$ 167	24 J.	I para	II Schädellage	Damm beginnt zu reissen	4 cm
3	309	23 J.	I para	I Schädellage	Damm anämisch	bis zum Sphinkte
4	315	19 J.	I para	I Schädellage	Damm stark gespannt	—
5	$\frac{98}{99}$ 132	19 J.	I para	I Schädellage	Damm 12 cm Ruptur scheint bevorzustehn.	$2^1/_2$ cm
6	346	26 J.	I para	II Schädellage	Dammriß vorauszusehn.	2 cm
7	349	22 J.	I para	I Schädellage	Vulva erweitert sich nicht, trotzdem Damm $11^3/_4$ cm	4 cm
8	554	21 J.	I para	I Schädellage	Damm droht einzureissen, kdl. Herztöne schlecht	3 cm
9	575	20 J.	I para	I Schädellage	Einreissen des Dammes scheint unvermeidlich	2 cm
10	$\frac{99}{00}$ 592	19 J.	I para	II Schädellage	Widerstand der Weichteile bei Kristeller	2 cm

Weiter-reissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochen-bett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	—	1950 gr. 34 cm	af.	tadellos	14	—
—	—	3670 39	af.	—	14	—
—	—	3300 35	af.	—	14	kein total Riß!
—	Manuelle Extrak.	2650 34	af.	—	13	—
—	Ritgen	3500 36	af.	—	10	—
—	Ritgen	3000 36,5	af.	—	13	—
—	Ritgen	3530 37	af.	—	14	—
—	—	3170 35	af.	H.p.p.	10	—
—	Zange	3200 37	af.	H.p.p.	10	—
—	hohe Zange	3045 34	af.	H.p.p.	10	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
11	$\frac{00}{01}$ 73	19 J.	I para	II Schädellage	kdl. Herztöne unregelmässig	—
12	$\frac{00}{01}$ 288	18 J.	I para	I Schädellage	Gefahr des Dammrisses	1 cm
13	320	21 J.	I para	II Schädellage	Starker Einriß zu befürchten	1,5 cm
14	344	22 J.	I para	I Schädellage, enges Becken	Introitus sehr eng	2 cm
15	440	18 J.	I para	I Gesichtslage	Damm anämisch, droht einzureissen	$1^1/_2$ cm
16	$\frac{01}{02}$ 34	27 J.	I para	II Schädellage	kdl. Herztöne dauernd unregelmässig	—
17	55	35 J.	I para	II Schädellage	kdl. Herztöne sehr schlecht	—
18	75	21 J.	I para	I Schädellage	Damm beginnt zu reissen	$1^1/_2$ cm
19	151	24 J.	I para	I Stoißlage	Sehr hoher und straff gespannter Damm	1 cm
20	263	30 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schlecht	2 cm

Weiter-reissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochen-bett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	Ritgen	3470 gr. 37 cm	af.	—	9	—
—	—	3210 35	af.	H.p.p.	10	—
—	—	2950 32	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3010 35	4.-8. Tg. leichtes Fieber	H.p.p.	35	Blasenerkrankung
—	—	3500 34	af.	H.p.p.	13	—
—	—	2420	af.	H.p.s.	10	—
—	—	2570 31	af.	z. T. H. p. s.	11	Lues
—	—	3000 36	af.	H.p.s.	12	—
—	Veit Smellie	3050 36	af.	z. T. H. p. s.	10	—
—	—	2770 35	af.	H.p.p.	14	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
21	408	28 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schlecht	2 cm
22	501	18 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schlecht	2 cm
23	$\frac{02}{03}$ 50	23 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schwach Vulva eng	—
24	$\frac{03}{04}$ 256	21 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne sehr schwach und langsam	—
25	380	20 J.	I para	I Schädellage	—	—
26	392	36 J.	I para	I Schädellage	Gefahr des Reissen	—
27	694	32 J.	I para	I Schädellage	Drohende Asphyxie und drohender Riß.	3 cm
28	$\frac{04}{05}$ 13	22 J.	I para	II Schädellage	Nicht Weiterschreiten der Geburt	2 cm
29	57	29 J.	I para	I Schädellage	Beginnt zu reissen	$1\frac{1}{2}$ cm
30	98	19 J.	I para	I Schädellage	Damm aufs äusserste gespannt, beginnt zu reissen	$1\frac{1}{2}$ cm

Weiterreissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochenbett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	—	3570 gr. 38 cm	af.	H.p.p.	14	—
—	—	2600 33	af.	H.p.p.	12	—
—	—	3250	4.-8. Tg. Temp. fieberf.	H.p.p.	17	—
—	—	2530 35,5	af.	H.p.s.	12	—
—	—	3860 36,5	af.	H.p.p.	9	Geburt 10 Minuten nach Inzision
—	Forceps	2970 35	1.-4. Tg. fieberhaft	mit Granulation bedeckter Dammspalt	13	Wehendauer mehrere Tage, frühzeitig Klinik verlassen
—	—	3150 36	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3320 37	af.	—	14	Schnitt erweitert in Fascie
bis Sphinkter	—	4100 37	af.	H.p.p.	11	—
—	—	3040 35	af.	H.p.p.	10	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
31	99	22 J.	I para	I Schädellage	Stillstand der Geburt	—
32	565	24 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schlecht	—
33	729	22 J.	I para	I Schädellage	Hoher Damm Genitalien sehr eng	2—3 cm
34	05/06 149	23 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schlecht	—
35	163	23 J.	I para	I Schädellage	—	—
36	181	25 J.	I para	II Schädellage	Sehr hoher Damm	$1^1/_2$ cm
37	555	24 J.	I para	I Schädellage	—	—
38	725	35 J.	VI para Dammrißnarbe	II Schädellage	—	3 cm
39	06/07 477	37 J.	I para	II Schädellage	Beginnt einzureissen	2 cm
40	07/08 524	27 J.	I para	I Schädellage	Beginnt einzureissen	2 cm

eiter- issen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochen- bett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	—	3620 gr. 34 cm	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3100 35	af.	—	10	—
—	—	3320 36	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3650 37	af.	—	10	—
—	—	3020 36	af.	H.p.p.	10	—
nfolge essens iß bis hinkter ser intakt	Forceps	2900 34	af.	H.p.p.	14	—
—	—	3074 36	af.	geheilt	10	—
—	—	3170 35	af.	gut geheilt	10	—
—	—	2390 38	Fieber	—	†	Endokarditis Hydrothorax
—	—	3360 34,5	af.	gut geheilt	12	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge d. Inzision
41	554	21 J.	I para	I Schädellage	—	—
42	699	20 J.	I para	I Schädellage	Vagina sehr eng Damm sehr gespannt	—
43	08/09 509	41 J.	I para	II Schädellage	Dammschutz bei Forceps	—
44	739	22 J.	I para	I Schädellage, enges Becken	Dammschutz bei Forceps	2 cm
45	751	19 J.	I para	I Schädellage	Damm sehr hoch	—
46	793	18 J.	I para	I Schädellage	Hoher Damm beginnt zu reissen	3 cm
47	841	16 J.	I para	II Schädellage	Weiß-Färbung des Dammes	—
48	858	19 J.	I para	I Schädellage	—	—
49	860	22 J.	I para	I Schädellage	Sehr hoher Damm	—
50	861	16 J.	I para	I Schädellage	—	2 cm

Weiter-reissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochenbett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	—	3320 gr. 38 cm	af.	H.p.p.	11	—
—	—	3240 34	7. Tag nach Fädenziehn 39,1 sonst af.	H.p.p.	12	—
—	Forceps	3370 35	leicht Fieber	H.p.p.	21	Mastitis
—	hoher Forceps	2900 36	fieberhaft	H.p.p.	13	Pyelitis
—	—	2870 35	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3640 35	af.	H.p.s.	14	—
—	—	2970 35	af.	H.p.p.	11	—
—	—	3750 38	af.	H.p.p.	10	—
—	—	2940 34	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3200 37	af.	H.p.p.	10	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge d Inzision
51	866	18 J.	I para	II Schädellage	—	—
52	896	25 J.	I para	I Schädellage	Drohende Zerreissung des Dammes	—
53	09/10 13	39 J.	I para	I Schädellage	Dammschutz bei Forceps	3 cm
54	16	26 J.	I para	I Schädellage	Starke Spannung des Frenulum	—
55	26	21 J.	I para	II Schädellage	Damm sehr straff	—
56	29	24 J.	I para	I Schädellage	Damm beginnt zu reissen	—
57	37	19 J.	I para	I Schädellage	—	1½ cm
58	71	31 J.	I para	I Schädellage	Damm droht einzureissen	1½ cm
59	220	25 J.	I para	I Schädellage	Riß unvermeidlich	—
60	230	21 J.	II para Dammriß-narbe	I Schädellage	Frenulum beginnt einzureissen	—

Weiterreissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochenbett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	—	3030 gr. 35 cm	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3890 37	af.	geheilt	13	—
—	Forceps	3370 37	af.	z. T. H.	13	—
—	Kristeller	2970 36,5	af.	intakt	13	—
—	—	2750 35	af.	H.p.p.	11	—
—	—	3520 35	af.	geheilt	10	—
—	—	3290 35	af.	H.p.p.	10	—
—	—	2400 33	af.	geheilt	10	—
—	—	3170 35	af.	H.p.p.	12	—
—	—	1940 31,5	5.-7. Tg. Fieber	nicht geheilt	26	Adnexentzündung rechts

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
61	262	22 J.	I para	II Schädellage, enges Becken, schwächlich. Eklampsie	Drohender Dammriß bei hoher Zange	—
62	287	32 J.	I para	I Schädellage	Damm ödematös, droht einzureissen	—
63	357	20 J.	I para	II Schädellage	Sehr starke Spannung des Dammes	—
64	365	34 J.	I para	II Schädellage	Damm zu straff, Stocken der Geburt, kdl. Herztöne schlecht	—
65	382	26 J.	I para	I Schädellage	Straffer hoher Damm	—
66	440	17 J.	I para	I Schädellage	Gefahr des Einreissens	1 cm
67	461	21 J.	I para	II Schädellage	Gefahr des Einreissens	—
68	574	28 J.	I para	I Schädellage	Dammriß unvermeidlich	2 cm
69	734	21 J.	I para	II Vorderhauptslage	Damm sehr hoch	2 cm
70	827	24 J.	I para	I Schädellage	Beginnender Riß	—

Weiter-reissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochen-bett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	hohe Forceps	3360 gr.	af.	nicht geheilt	14	—
—	Forceps	3070 gr. 35 cm	af.	—	10	—
—	—	4300 39	af.	gut geheilt	9	—
—	—	2750 35	af.	geheilt	10	—
—	—	2770 34,5	af.	geheilt	8	—
—	—	3030 34	af.	geheilt	10	—
—	Forceps	2950 37	af.	H.p.s.	12	—
bis zum After Sphinkter intakt	Forceps	3200 37	af.	nicht geheilt	13	—
—	—	3860 37	af.	nicht geheilt	10	—
—	—	3220 37	af.	H.p.p.	10	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
71	898	23 J.	I para	I Schädellage	—	—
72	901	22 J.	I para	II Schädellage	Beginnt einzureissen	—
73	907	22 J.	I para	II Schädellage	Beginnt einzureissen	—
74	918	33 J.	I para	I Schädellage	—	—
75	$\frac{10}{11}$ 43	32 J.	I para	I Schädellage	Dammschutz bei Forceps	—
76	50	16 J.	I para	I Schädellage	Möglichst schnelle Entbindung wegen hohen Fiebers	—
77	55	27 J.	I para	I Schädellage	Hoher Damm Gefahr des Risses	1 cm
78	57	24 J.	I para	II Schädellage	Stark gespannter Damm	—
79	93	33 J.	I para sehr dick	II Schädellage	Dammschutz bei Forceps	—
80	122	19 J.	I para	I Schädellage	Riß unvermeidlich	—

eiter- issen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochen- bett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	Forceps	3200 gr. 35,5 cm	af.	z. T. H.	10	—
—	—	3230 gr. 34 cm	af.	geheilt	10	—
—	—	2940 35	af.	H.p.p.	12	—
—	—	3000 36	Fieber	—	24	Mastitis
eißt eiter Grad	Forceps	3700 39	af.	nicht geheilt	9	—
—	Forceps	2750 34	Fieber	—	nach innerer Klinik	Pneumonie
—	—	3020 34	af.	H.p.p.	9	—
—	—	2730 35	af.	H.p.p.	10	—
—	Forceps	4070 38,5	af.	nicht geheilt	10	—
—	—	2800 35	af.	H.p.p.	9	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
81	128	28 J.	I para	I Schädellage	Dammschutz bei Forceps	—
82	147	27 J.	III para vor 5 Jahren Dammriß	II Schädellage	Damm stark gespannt und anämisch	3 cm
83	150	18 J.	I para	II Schädellage	Damm nicht zu halten	—
84	214	18 J.	I para	I Schädellage	Weichteile schlecht dehnbar und Damm hoch	—
85	225	26 J.	I para	II Schädellage	—	—
86	283	16 J.	I para	I Schädellage	kdl. Herztöne schlecht	—
87	284	25 J.	I para	I Schädellage	Damm beginnt zu reissen	bis Centrum tendineum
88	388	25 J	I para	II Schädellage	Damm droht einzureissen	—
89	389	22 J.	I para	I Schädellage	Hoher Damm droht zu reissen	3 cm
90	409	25 J.	I para	I Schädellage	Introitus eng	—

Weiter-reissen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochen-bett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	Forceps	2450 gr. 36 cm	Fieber	H.p.p.	24	links Resistenz
—	—	3520 37	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3670 37,5	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3290 36,5	af.	H.p.p.	10	—
—	—	2950 36,5	af.	H.p.p.	10	—
—	Ritgen-Olshausen	4050 37	af.	H.p.p.	10	—
—	—	3270 34	af.	H.p.p.	8	—
—	—	3120 34	af.	tadellos geheilt	9	—
—	—	3300 34	af.	H.p.s.	7	—
—	—	3500 34	af.	H.p.p.	7	—

No.	Journal	Alter	Anamnese	Diagnose	Indikation z. Eingriff	Länge der Inzision
91	423	23 J.	I para	II Schädellage	—	2 cm
92	428	30 J.	I para	I Schädellage	Damm beginnt zu reissen	1 cm
93	432	18 J.	I para	II Schädellage	—	—
94	486	20 J.	I para	I Schädellage	Damm gefährdet	2 cm
95	489	20 J.	I para	II Schädellage	schlechte kdl. Herztöne, Zange	—
96	491	18 J.	I para	II Steißlage	Damm beginnt zu reissen	—
97	499	22 J.	I para	I Schädellage	Zange bei Eklampsie	—
98	517	28 J.	I para	I Schädellage	schlechte kdl. Herztöne	—
99	557	23 J.	I para	I Schädellage	Gefahr d. Dammrisses	—
100	560	19 J.	I para	II Schädellage	Gefahr d. Dammrisses bei starker Spannung	2 cm

Weiter-issen	Sonstige Eingriffe	Kind	Wochenbett	Heilung	Entlassung T. p. p.	Bemerkungen
—	—	2750 gr. 33,5 cm	af.	H.p.p.	11	—
—	—	3310 36,5	af.	H.p.p.	7	—
—	—	3470 35,5	af.	—	6	—
—	—	3010 35	af.	geheilt	9	—
—	Forceps	3020 37	af.	H.p.p.	8	—
—	Hinterdamm-griff	3410 36	af.	gut geheilt	8	—
—	Forceps	3140 32,5	Fieber	H.p.p.	14	Eklampsie
—	—	2600 34	af.	H.p.p.	7	—
—	—	3279 36	af.	Nähte 3. T. durch-gerissen	11	—
—	—	2640 33	af.	H.p.p.	9	—

Auf Grund dieser Fälle wollen wir zunächst und vor allem sehen, wie sich die Episiotomie in der Raphe zu den Einwänden verhält, die gegen die Episiotomie überhaupt gemacht wurden.

Diese Einwände sind nach Credé folgende:

1. Die Inzision gibt Veranlassung zu lokalen Geschwüren und damit zur Verlängerung des Wochenbettes.
2. Die Wunde kann zum Infektionsherd werden.
3. Die Operation ist schmerzhaft.
4. Die Inzision verhindert nicht absolut sicher einen Dammriß.
5. Nach der Heilung bleibt eine gewisse Beeinträchtigung des Vulva-Schlusses bestehen.

ad. 1: Wie man aus den angeführten Fällen sieht, kommt eine Verlängerung des Wochenbettes über 14 Tage, eine Zeit die Credé als Wochenbett noch für normal hält, nur in den Fällen 81, 74, 60, 43, 23, 14 vor.

Von diesen Fällen ist bei 81 und 60 die Verlängerung des Wochenbettes durch Adnexentzündungen verursacht. Der Episiotomie kann man dabei die Schuld nicht zumessen, ausserdem ist Fall 81 noch dazu per primam geheilt.

Ebensowenig ist die Verzögerung bei Fall 74, 43 und 14 durch die Operation verursacht. Fall 74 und 43 sind kompliziert durch eine Mastitis, Fall 14 durch eine Blasenlähmung infolge engen Beckens. Fall 23 endlich stellt eine Infektion dar: der Uterus ist zu beiden Seiten druckempfindlich, doch ohne Resistenz, Adnexe zart; aber auch hier ist der Episiotomie nicht die Schuld zu geben, denn auch hier ist die gesetzte Wunde per primam geheilt.

Wir sehen also, daß kein einziger Fall von Verlängerung des Wochenbettes unserer Episiotomie zuzu-

schreiben ist, wie es sich ja leicht aus der üblichen chirurgisch exakten Nahtbehandlung erklären läßt.

Auch Credé bekam von schwereren Erscheinungen keine zur Beobachtung.

Von seinen Erstgebärenden wurden 16,1% von den Mehrgebärenden 6,8% nach dem vierzehnten Tage entlassen.

Die Episiotomie in der Mittellinie steht der von Credé seitlich ausgeführten in diesem Punkte also in nichts nach.

Gehen wir zum zweiten Einwurf über, so werden wir das Gleiche finden.

ad. 2: Die Wunde kann zum Infektionsherd werden. Das läßt sich, wie schon Credé ausführte, nicht bestreiten. Es kann eben schließlich jede Wunde dazu werden und jede Geburt setzt Wunden. Besonders die Cervix-Gegend weist fast stets kleine Risse auf. Eine Dammwunde scheint zwar besonders gefährlich, doch wird ja die Inzision erst am Ende der Geburt gemacht, wo eine nicht aseptische Berührung nicht mehr vorkommen soll.

Durch die Operation selbst werden also keine Infektionskeime in die Wunde gebracht. Die Dammwunde kann zwar besonders leicht nachträglich vom Damm aus infiziert werden. Ebenso leicht können aber die Cervixwunden von der mit ihnen in mehr oder weniger innigem Kontakt stehenden Vagina aus infiziert werden. Die Cervixwunden aber, die uns ja zum größten Teil verborgen bleiben, werden nicht durch Naht geschlossen, sie bleiben einer Infektion leicht zugänglich. Die Dammwunde dagegen, die wir selbst gesetzt haben, kennen wir, versorgen wir durch Naht und können wir stets

beobachten und bei dem geringsten Verdacht einer Infektion dementsprechend behandeln.

Deshalb ist die gesetzte und durch Naht versorgte Wunde folgerichtig den anderen verborgen und unversorgt bleibenden Wunden gegenüber nicht zu rechnen, erst recht nicht für gefährlicher zu halten als diese bei jeder Geburt vorkommenden Wunden.

Dem entspricht auch das, was schon Credé statistisch feststellte: ihm starben von 2000 Fällen 33, davon wurden 19 durch die Sektion als sicher durch puerperale Sepsis verursacht festgestellt. Von diesen 19 gehörten 15 = 0,9% zu den 1572 Geburten mit intaktem Damm, 4 = 0,9% zu den am Damm Verletzten. Also sehen wir bei am Damm Verletzten und Unverletzten keinen Unterschied. Dasselbe können wir auch an unseren in der Mittellinie inzidierten Dämmen konstatieren. Wir haben Fieber in den Fällen: 97, 81, 76, 74, 60, 44, 42, 39, 26, 23 und 14.

In Fall 97 ist das Fieber durch Eklampsie verursacht.

In Fall 81 durch eine linksseitige Adnexentzündung.

In Fall 76 durch eine Pneumonie.

Fall 74, 60 und 44 sind ebenfalls infolge Entzündungen der Mamma, der rechten Adnexe, des Nierenbeckens fieberhaft verlaufen.

Fall 42 zeigt eine einmalige Temperaturerhöhung nach dem Fädenziehen bei sonst fieberlosem Verlauf.

Eine Endokarditis als Ursache des Fiebers sehen wir in Fall 39.

In Fall 14 ist das Fieber hervorgerufen durch eine Cystitis infolge einer Blasenlähmung bei engem Becken.

Fall 26 und 23 allein sind leichtere puerperale Infektionen, von denen 23 per primam geheilt und darum sicher von hier aus nicht infiziert wurde.

Wir haben also nur zwei Fälle puerperale leichtere Infektion 2%, Credé hat nicht letale Fälle von Infektion 3,24%.

Ebenso wie im ersten Punkt (Verlängerung des Wochenbettes) haben wir also auch hier keinen Nachteil der medianen gegenüber der lateralen Inzision und damit auch, wie schon Credé gezeigt, keinen berechtigten Einwand gegen die Episiotomie — bei uns die mediane — bezüglich dessen, was die Infektionsmöglichkeit anlangt.

Die besseren Resultate, die wir in unsern Fällen gegenüber den Credé'schen aufzuweisen haben, sind aber weniger der medianen Episiotomie an sich zuzuschreiben, vielmehr der bei medianer Episiotomie besseren Wundversorgung. Die Nahtversorgung bei der medianen Episiotomie ist viel leichter und einfacher und somit sicherer exact möglich als die der seitlichen.

ad. 3: Betrachten wir jetzt den dritten Einwand, der der Episiotomie gemacht wurde, so werden wir auch keine Nachteile des Rapheschnittes gegenüber dem seitlichen finden. Ein Grund dafür, daß die mediane Episiotomie schmerzhafter ist als die laterale, läßt sich nicht finden. Es liegen dieselben anatomischen Verhältnisse vor wie bei der lateralen. Richtig gemacht ist nach Credé der Eingriff kaum schmerzhaft. Man muß sich vor Augen führen, daß die betreffenden Teile aufs äusserste gedehnt sind. Hier wird ein Schnitt nie mehr so empfunden wie unter den gewöhnlichen Verhältnissen. Dem entspricht auch die Credésche Beobachtung, daß selbst empfindliche Erstgebärende beim Eingriff oft nicht einmal zusammenzuckten. Auch die Beobachtungen an der Breslauer Klinik bei den medianen Episiotomieen zeigen, daß die Operation vollkommen schmerzlos ist.

Bedenkt man, daß man gewöhnlich der Frau mehrere Wehen erspart, so könnte man fast, was Schmerz anlangt, die Episiotomie seitliche wie mediane grade als schmerzverminderndes Mittel empfehlen.

In den ersten drei Punkten also steht die mittlere Episiotomie wie auch leicht verständlich in nichts der lateralen nach. Denn in den Hauptsachen, auf die es bei diesen ersten Einwänden ankommt, liegen die Verhältnisse bei beiden Arten der Episiotomie gleich: die Wunde liegt offen jeder zweckentsprechenden Behandlung zugänglich; das Anlegen des Schnittes erfolgt bei beiden, wenn die Weichteile aufs äusserste gespannt sind.

Betrachten wir nun die Punkte 4 und 5, so werden wir nicht nur keine Nachteile, sondern im Gegenteil noch Vorteile der Küstnerschen Episiotomie im Verhältnis zur Credéschen finden.

ad. 4: Die Inzision verhindert nicht absolut sicher einen Dammriß.

Credé untersuchte 2000 Geburten und gibt folgende Übersicht:

I. Primiparae (1000)

Seitliche Inzisionen	259	= 25,9 %
Spontane Rupturen	104	= 10,4 %
Rupturen trotz Inzisionen	29	= 2,9 %
Dammverletzungen:	392	= 39,2 %

II. Multiparae (1000)

Seitliche Inzisionen	12	= 1,2 %
Spontane Rupturen	24	= 2,4 %
Dammverletzungen:	36	= 3,6 %

mithin bei sämtlichen Geburten (2000)

Seitliche Inzisionen	270 =	13,5 %
Spontane Rupturen	128 =	6,4 %
Rupturen trotz Inzisionen	29 =	1,4 %
Dammverletzungen:	427 =	21,3 %

Credé hat also bei seinen seitlichen Inzisionen: Rupturen trotz Inzisionen.

Auch Küstner beobachtete während der Jahre 1884—1890, in denen er die seitliche Inzision ausführen ließ, trotz dieser Dammrisse.

Dagegen beobachtete Credé mit Ausnahme eines Falles: bei einem durch Perineoplastik gebildeten künstlichen Damm keinen einzigen Fall von totaler Ruptur. Also Totalrupturen werden durch die Episiotomie vollkommen verhindert.

Diese Sicherheit der Vermeidung solcher Rupturen dritten Grades genügte allein schon der Episiotomie weiteste Verbreitung zu verschaffen. In der Tat spielt ja auch gegenüber den schweren Folgeerscheinungen einer totalen Ruptur die kleine Operation keine Rolle.

So sehen wir denn die bekanntesten Bücher der geburtshilflichen Operationen wie Döderlein grade zur Vermeidung dieser Dammrisse dritten Grades die Episiotomie empfehlen, sowohl bei Forceps wie bei Manueller Extraktion.

Allerdings die seitliche.

Aber auch wir sehen in unsern Fällen keinen Dammriß dritten Grades, trotzdem auf den Mastdarm zu geschnitten wird. Selbst bei den Fällen 82, 60, und 38, bei denen wir eine ehemalige Dammrißnarbe finden, sehen wir keinen Totalriß, und vielleicht genügt das

schon, um auf die Vorteile der mittleren Episiotomie hinzuweisen.

Als Küstner auf die mediane Episiotomie zurückkam, wurde er von der Erwägung geleitet, daß die schwächsten Stellen des Dammes wohl vorteilhafter zu schützen seien als durch Anschneiden. Gewöhnlich reißt der Damm seitlich, ist also dort am schwächsten.

Auch ein Tieferreissen, ein Weiterreissen einer seitlichen Inzisionswunde findet nach Küstners Beobachtung seitlich statt als Fortsetzung des Schnittes. Der seitliche Schnitt reißt ins Cavum ischiorectale hinein.

Und das ist, wie Küstner ausführt, leicht verständlich, denn seitlich ist die Vagina am leichtesten verletzlich, sie ist verletzlicher als an den durch die Columnae geschützten Stellen vorn und worauf es hier besonders ankommt hinten.

Diese schwächsten seitlichen Stellen also wollte Küstner nicht durch den Schnitt verletzt wissen, wodurch ja die Teile noch vulnerabler werden als sie so schon sind; vielmehr geschützt sollten die Stellen werden.

So kam Küstner auf den Medianschnitt, der abseits von der typischen Stelle des Risses liegt, wieder zurück. Dieser Schnitt bietet ausser dem Vorteil, daß er an die Columna posterior angrenzt noch den Vorteil, daß bei einem Tieferschneiden beide Muskuli transversi perinei zur Seite gehen. Die Folge ist, als wenn auf beiden Seiten eingeschnitten wäre. Ausserdem bleiben die Muskeln unversehrt. Einer der Hauptvorzüge des Medianschnittes aber ist und bleibt der durch das Angrenzen des Schnittes an die Columna posterior bedingte Schutz gegen ein Weiterreissen der Inzision. Es werden nicht nur Rupturen dritten Grades vermieden, sondern

es bleibt überhaupt, abgesehen von besonders ungünstigen Fällen ein Weiterreissen sicher aus. Daß dieser Schutz, den die mediane Episiotomie im Gegensatz zur lateralen gewährt, wirklich besteht, lehrt auch unzweideutig ein Vergleich der Credéschen Fälle mit den unsrigen. Credé beobachtete trotz Inzision ein Weiterreissen bei 29 von 271 Fällen von seitlicher Inzision. Also über 10%.

Wir dagegen beobachteten ein Weiterreissen nur in den Fällen 75, 68, 36, 29.

Von diesen handelt es sich in Fall 75 um eine Geburt eines 3700 gr. schweren Kindes, wobei ausserdem noch die Zange gebraucht wurde.

Fall 68 ist ebenfalls eine Zangengeburt nach sehr langer Geburtsdauer.

Fall 36 eine Zangengeburt, die durch Pressen der Gebärenden zu beschleunigt vor sich ging.

In Fall 30 haben wir ein Kind von 4100 gr.

Alle diese Fälle aber: Forceps, Kind über 3500 gr. zählt Credé nebst anderem zu den zu Ruptur disponierenden Momenten.

Ziehen wir also wie Credé diese Fälle von den Fällen, welche weitergerissen sind, ab, so haben wir keinen einzigen Fall von Weiterreissen der Inzision.

Credé dagegen muß trotz dieses Abziehens zugeben, daß seine Inzision „hin und wieder“ weiterriß. Dafür gibt er als Ursache an, ausser ungenügender Vorsicht, fehlerhaftem Anlegen des Schnittes was Zeit und Größe anlangt, auch besonders den schnellen Durchtritt nach der Inzision. Dieses schnelle Durchtreten wurde bei unsern Fällen nicht beobachtet. Nur in Fall 36 hören wir davon, daß die Geburt des Kindes zu schnell vor sich ging. Wir erfahren aber gleichzeitig, daß dies

nicht an der Operation lag, sondern an dem Umstand, daß die Kreissende bei einer Zange mitpreßte.

In andern Geburtsprotokollen lesen wir im Gegenteil von einer Geburtsdauer von mehr als 5 Minuten nach und trotz der Inzision. So beträgt die Geburtsdauer von Fall 80 acht Minuten, von Fall 25 zehn Minuten und in keinem dieser Fälle fand ein Weiterreissen statt.

In Fall 28 wurde der Schnitt in die Fascie (Centrum tendineum) erweitert, ohne daß er weiter gerissen wäre.

Die Beobachtung Mekerttschiantz also, daß nach Episiotomie erst recht ein Dammriß erfolgt, trifft für unsere Fälle von medianer Episiotomie nicht zu, ebensowenig die Behauptung Schultzes, daß man auf eine natürliche Ausdehnung der Teile nicht weiter rechnen kann, sobald erst der Damm verletzt ist. Denn stets bleibt bei der medianen Inzision dem Geburtshelfer genügend Zeit zu einem sachgemäßen Dammschutz. Ist dies aber der Fall und kann selbst wie in Fall 28 noch zugesehen werden, ob der Schnitt ausreicht oder erweitert werden muß, dann gibt es dafür, zumal ein Weiterreissen nicht erfolgt, keine andere Erklärung, als daß der Damm trotz des Schnittes dehnungsfähig bleibt.

Alle diese Einwände von Mekerttschiantz und Schultze gegen die Episiotomie können daher mit Recht nur gegen die seitliche erhoben werden, bei welcher, wie oben gesagt, ihr Erfinder selbst das schnelle Durchtreten beobachtete, das auf nichts anderes zurückgeführt werden kann, als daß die betreffenden Teile, wenn nicht genügend durchschnitten, wegen ihrer geringen Widerstandsfähigkeit sich nicht dehnen können, sondern weiterreissen. Ist aber ein Einreissen erst erfolgt, so reißt der seitliche Schnitt natürlich in das Cavum ischiorectale.

Der Dammriß dritten Grades wird zwar verhütet, wir haben dafür aber den Riß ins Cavum ischiorectale und eventuell Zerreissung des Levator und des Transversus perinei mit den daraus resultierenden üblen Folgen für die Genitalorgane nach der Geburt.

Alle diese Folgen der seitlichen Episiotomie: eventuelle Dammrisse dritten Grades, Weiterreissen, vor allem das häßliche Weiterreissen ins Cavum ischiorectale, die Zerreissungen und Verletzungen der Beckenbodenmuskeln und die daraus entspringenden Folgen, alles dies fällt bei der medianen Episiotomie weg. Letztere bietet vielmehr die Gewißheit, daß der Damm trotz des Schnittes dehnungsfähig bleibt und infolgedessen nicht weiterreißt.

Gehen wir jetzt zu Punkt 5 über, so werden wir weitere wenigstens ebenso bedeutende Vorteile der medianen Episiotomie gegenüber der lateralen finden.

ad. 5: Nach der Heilung bleibt eine gewisse Beeinträchtigung des Vulva-Schlusses bestehen. Betrachten wir die Wundverhältnisse bei der seitlichen Episiotomie, so finden wir, daß die Schnittwunde für eine Nahtvereinigung an und für sich schon ungünstig liegt.

Kommt zu der Inzision noch ein Riß, was wie oben gezeigt, gar nichts Seltenes ist, so stellen diese durch Riß ins Cavum ischiorectale komplizierten Schnittwunden nach Küstner die häßlichsten aller Verwundungen am Damm vor. Aber auch ohne dieses Weiterreissen stellen die seitlichen Inzisionswunden größere Anforderungen an die Heilungsbedingungen.

Wie Credé selbst angibt, nähern sie sich in ihrem Verhalten den Spontanrupturen. Sie klaffen, nach Credé infolge der Zurückziehung der durch den Schnitt entspannten Muskelbündel.

Infolge dieses Klaffens schwindet natürlich die Aussicht auf Eintreten der prima reunio fast ganz, ist jedenfalls, wie Credé meinte, geringer als bei den in der Raphe etwa erfolgenden Spontanrupturen, selbst wenn sie ungenäht bleiben, wenn nur eine richtige Behandlung: geschlossene Beine der Frau bei ruhiger Rückenlage einsetzt.

Das Klaffen der Wundflächen bei der seitlichen Inzision beruht nach Küstners Untersuchungen allerdings nicht auf einem Zusammenziehen der durchschnittenen Muskelbündel, weil bei dem typischen Credéschen Schnitt gar keine Muskelbündel getroffen werden. Nach Küstner entstehen vielmehr bei dem seitlichen Schnitt zwar theoretisch zwei kongruente dreieckige Wundflächen, faktisch aber sinkt der Damm zusammen und es kommen noch Verschiebungen im Bereich der Wundfläche zustande, so daß diese nicht mehr gleich sind.

Daher resultieren größere Anforderungen an die Nahtlegung, sie muß den gesunkenen Damm heben und verhüten, daß er wieder zurücksinkt, mithin haben wir hierbei auch höhere Anforderungen an die Haltbarkeit der Nähte.

Wenn auch ferner nach Credé keine nennenswerte Schädigung des Vulva-Schlusses nach abgelaufener Heilung zurückbleibt, weil die Insuffizienz nie den Grad erreicht wie bei den nicht aneinander geheilten Wundflächen von Spontanrupturen und weil eine gelegentliche Difformität der Vulva nur gering sei, so müssen wir, auch wenn Credé keine weiteren Folgeerscheinungen, namentlich keine Neigung der Scheidenwände zum Prolaps bemerkte, doch das Bestehen einer Prädisposition zu solchen und den darausfolgenden Anomalien in Betracht ziehen,

falls sich etwas nach dieser Richtung — Schluß der Vulva — Besseres finden sollte.

Solche Anomalien, die sich aus einer Dammverletzung entwickeln können, sind nach Ahlfeld: Descensus der Vagina und des Uterus, Vorfall dieser Teile, Rückwärtsbeugung des Uterus und Verlagerung der Ovarien, chronische Endometritis und Metritis, psychische Alterationen mit diesen Fehlern zusammenhängend u. a.

Dagegen bietet die mediane Inzision nach Küstner viel bessere Wund- und damit auch bessere Heilungsbedingungen. Der Rapheschnitt ist der einfachste, die Wunde ist die denkbar einfachste, denn die Wundflächen sind zwei nicht nur theoretisch, sondern auch faktisch gleich große Dreiecke, daher für Nahtvereinigung und Orientierung die günstigsten.

Oft wird sogar nach Küsters „Untersuchungen über den Modus der Dammdehnung in der Geburt" bei der medianen Episiotomie die Dammhaut gar nicht verletzt, das Frenulum ist trotz eines Schnittes von $1\frac{1}{2}$—2 cm, erhalten, weil nur der Vorhof vom Schnitt getroffen ist. So kann man auch infolge dieser günstigen Wundverhältnisse bessere ja sogar ideale Heilungen beobachten.

Fälle, bei denen man nach der Heilung die Narbe selbst erst bei genauer Untersuchung feststellen kann, sind nach den Beobachtungen der Breslauer Universitätsklinik nicht selten.

Wir sehen also, daß bei medianen Episiotomie-Wunden die Heilung eine ideale ist. Der Vulva-Schluß wird gewöhnlich so wiederhergestellt, wie er vor dem Eingriff, vor der Geburt war. Damit fallen auch die Einwände gegen die Episiotomie als Operation, die den natürlichen Abschluß der weiblichen inneren Genitalorgane

von der Aussenwelt störe, für die mediane vollkommen weg. Während bei der seitlichen Inzision eine wenn auch geringe Insuffizienz des Vulva-Schlusses nach Credé selbst die Regel ist, ist das Gewöhnliche bei der Inzision in der Raphe eine den natürlichen Verhältnissen ganz gleich kommende Unversehrtheit des Dammes und des Beckenbodens und damit des Vulva-Schlusses.

Eine Körperstelle, die entwicklungsgeschichtlich eine Narbe ist, ist durchtrennt worden und nach der Heilung haben wir ebenfalls wieder eine Narbe.

Die Erwähnung dieser Narbe bringt uns auf einen weiteren Vorteil der medianen Episiotomie. Die Schnittwunde blutet nach Küstners Beobachtungen weniger als die seitlichen Inzisionswunden. Dabei kommt allerdings weniger die physiologische Narbe als die Tatsache in Betracht, daß Schnitte in der Mittellinie des Körpers überall weniger bluten, was sich ja leicht aus dem Verlauf der größeren Gefässe erklärt.

Beachten wir noch, wie aus der Tabelle ersichtlich ist, daß nach der Inzision selbst der Ritgensche Handgriff gemacht werden konnte, was jetzt allerdings weniger geschieht, so sehen wir hierbei einen weiteren Vorteil der medianen Episiotomie vor der lateralen. Dies ist darauf zurückzuführen, daß der mediane Schnitt nicht weiterreißt und besonders, daß er, wie wir oben gesehen haben, noch eine Dehnung der Teile erlaubt, ohne einzureissen, was ja beim lateralen Schnitt ausgeschlossen ist.

So finden wir zusammenfassend, daß die mediane Episiotomie wie die laterale vollkommen schmerzlos ist. Ferner bietet die mediane noch den Vorteil der geringeren Blutung.

Betrachten wir nach dem Dargelegten die wichtigsten Punkte der Inzision: die Infektionsmöglichkeit und die Folgeerscheinungen für die Mutter, so kommt die mediane Episiotomie der lateralen im ersten Punkte vollkommen gleich. Im zweiten aber bietet die mediane so entschiedene Vorteile, daß wir Credé und Colpe durchaus nicht zustimmen können, daß die laterale an einem günstigeren Punkte liege wie die mediane Inzision.

Im Gegenteil, die mediane Episiotomie gibt die besten Heilungsresultate. Als man nach Einführung der Anti- und Asepsis allgemein die seitliche Credésche Episiotomie aufnahm, lag das wohl einzig daran, daß man die mediane Episiotomie nicht kannte. Erst jetzt, nachdem Küstner die Episiotomie in der Raphe zur Operationsmethode ausgearbeitet hat, wird diese Ausführung der Inzision in weiteren Kreisen bekannt werden und es ist zu erwarten, daß die Vorteile dieser Küstnerschen Operation die allgemein angewandte Credésche Schnittführung verdrängen werden.

Herrn Geheimrat Küstner sowie Herrn Professor Dr. Hannes sei an dieser Stelle für die Anregung zu dieser Arbeit und ihre Durchsicht der beste Dank abgestattet.